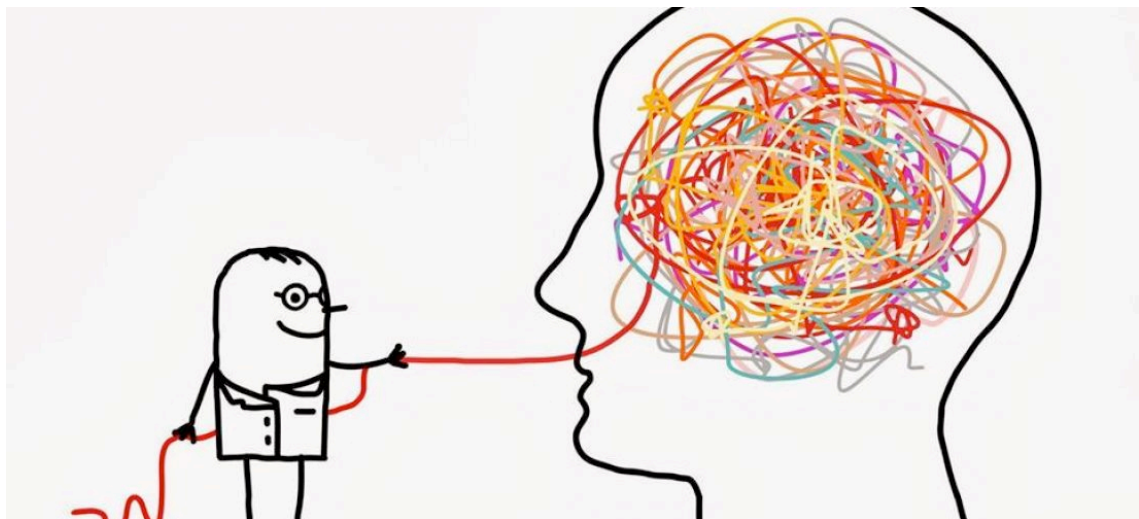


PROGRAMA

Educación y apoyo en Salud Mental a pacientes y familiares *CERCA DE TI*



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Autora: Olalla Viader Pérez

Tutora: Dra. Inés Aguinaga

INDICE

1.- JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA “CERCA DE TI”	3
1.1.- ANTECEDENTES	3
1.2.- RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA	5
1.3.- DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE RECURSOS	9
1.4.- DATOS ESTADÍSTICOS DE NAVARRA	13
1.5.- REALIDADES Y POSIBLES SOLUCIONES	15
1.6.- ADECUACIÓN AL PLAN DE SALUD DE NAVARRA	19
1.7.- IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS	22
2.- OBJETIVOS	24
2.1.- GENERALES	24
2.2.- ESPECÍFICOS	24
3.- PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO	25
3.1.- POBLACIÓN DE REFERENCIA Y POBLACIÓN MUESTRAL	25
3.2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON TGM	25
3.3.- CRONOGRAMA DE ACTUACIÓN	31
3.4.- ACTIVIDADES	34
4.- RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	40
4.1.- RECURSOS MATERIALES	40
4.2.- RECURSOS HUMANOS	41
4.3.- PRESUPUESTO	41
5.- EVALUACIÓN	43
6.- BIBLIOGRAFÍA	44
7.- ANEXOS	46
8.- RESUMEN	52

1.- JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA “CERCA DE TI”

1.1.- ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL

La Declaración de Helsinki del año 2005, conferencia de la OMS para la Salud Mental, que relaciona la salud mental con una buena calidad de vida, hace de la atención adecuada a las personas que padecen algún tipo de trastorno mental, una de las prioridades más importantes de la OMS y de los Gobiernos en materia de salud.

Diversos estudios dirigidos por instituciones como la propia OMS , estiman que habría unos 700 millones de personas en el mundo con enfermedades mentales y neurológicas ¹.

Estos trastornos representan el 13% de la **morbilidad** mundial y el 25%-33% de **años perdidos por discapacidad** en los países de ingresos bajos y medios respectivamente.²

Las enfermedades mentales representan el **40% de las enfermedades crónicas** y la mayor causa de años vividos con discapacidad.

En España , se estima que el porcentaje de enfermos mentales con **alto grado de discapacidad y cuyo cuidador único y principal es la familia**, ronda el 80%.³

El **déficit de tratamiento** de los trastornos mentales es alto.⁴

En los países de ingresos elevados, entre un 35% y un 50% de la población con trastorno mental no recibe tratamiento adecuado a su patología.

Esta situación se debe a factores como el estigma asociado a la enfermedad, el infradiagnóstico y las dificultades de acceso a las redes específicas de asistencia.⁵

En España, encuestas de salud , como la realizada en el año 2006, reflejan cifras llamativas de mala salud mental.

La prevalencia de los trastornos mentales es del 21,5%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres.

A ello hay que sumarle el porcentaje de población que sufre de discapacidad derivada del padecimiento de su trastorno.

Estas cifras dan una idea de las **cargas económicas** que suponen los trastornos de salud mental para la sanidad.

¹ Plan Estratégico 2014-2016. CiberSam. Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental.

² Organización Mundial de la Salud. EB/130/9 1 diciembre 2011

³ Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo 2011, FEAFES

⁴ 65ª. Asamblea Mundial de la Salud WHA 65.4 25 mayo 2012 apps.who.int

⁵ Plan Estratégico de salud Mental de Navarra 2012-2016 Dirección de Salud Mental, Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea Julio 2012 pág.8

En EEUU se estimaron los costes que representaban las enfermedades mentales en el año 2010, y la cifra fueron 2,5 trillones de dólares. Haciendo una proyección, alcanzaron los 6 trillones de dólares para el año 2030.⁶

Se hace necesario añadir que , ya desde el año 2005, la OMS apela por el aumento de las inversiones en la asistencia en Salud Mental , que en Europa marca porcentajes de gasto bajos en comparación con otros ámbitos sanitarios.

Los datos de las **encuestas de salud realizadas en Navarra**, continúan la línea del resto de comunidades:⁷

- La **prevalencia** de los trastornos mentales es de un 13% en hombres y un 25,2% en mujeres.
- La **tasa de discapacidad** asociada a trastornos mentales es de un 15% del total de personas con discapacidad.
- Los problemas de salud mental están entre los 25 tipos de **atenciones más prevalentes en Atención Primaria**, siendo la depresión y la ansiedad los más frecuentes.
- Esta clase de patologías está entre el grupo de las afectaciones que más días de incapacidad laboral provocan. Las enfermedades mentales suelen desarrollarse en edades con mayor actividad laboral, suponiendo en España la segunda causa de baja laboral.^{8, 9}

En la Comunidad Foral el Plan Estratégico de Salud Mental 2012-2016 ha servido de guía para el desarrollo y afianzamiento de estrategias más actuales en materia de salud mental, solucionando en cierta manera el vacío de planes referidos a esta parte de la sanidad desde el año 1986, año en el que se elaboró el primer Plan de Salud Mental, en el contexto de las reformas sanitarias marcadas por la Ley General de Sanidad¹⁰

Es en el **Programa de Atención a pacientes con Trastorno Mental Grave** en el que desarrollo mi propuesta.

⁶ Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum

⁷ Plan Estratégico de salud Mental de Navarra 2012-2016 Dirección de Salud Mental, Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea Julio 2012

⁸ Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)

⁹ Moreno, J.O., López Bastida, J., Montejo-González, A.L., Osuna-Guerrero, R., Duque-González, B. (2009) The socioeconomic costs of mental illness in Spain. European Journal of Health Economics, 10 (4), 361-369

¹⁰ Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.

Dicho programa ¹¹fue elaborado en el año 2005 y se centró en dar una asistencia integral e integrativa a los pacientes de estas características, promoviendo intervenciones en la comunidad para facilitar la reinserción y apartar el estigma en la sociedad y el auto estigma, dándoles apoyo tanto a los pacientes como a las familias.

Para ello se propuso la creación de Centros de Rehabilitación Psicosocial (CPRS), Equipos de Formación y Apoyo Laboral y Centros Residenciales Comunitarios (Residencias Hogar), además de la ampliación de los recursos ya existentes de Plazas de Residencias Asistidas (RAEM), los pisos tutelados y los equipos de intervención social.

A este programa hay que añadir el de reciente incorporación, **Programa de Atención Temprana y Prevención a pacientes psicóticos**, que ha empezado a instaurarse en el Centro de Salud Mental de Buztintxuri .

Está previsto que este programa se extienda a lo largo de la red de centros de salud mental de Navarra y, llegados a ese punto, poder utilizarse en los centros de atención primaria.

1.2.- RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA (RSMNa)^{12 13}

Navarra tiene una red extensa de centros de atención en salud mental entre los centros de salud mental, centros intermedios y unidades de hospitalización, además de asociaciones de carácter social subvencionadas por el Gobierno de Navarra.

La atención mental se realiza por el Servicio Navarro de Salud implicando la red de Atención Primaria y Especializada, incluidos los servicios de Urgencias.

Navarra está dividida en 54 Zonas Básicas de Salud, que son demarcaciones poblacionales y geográficas que facilitan el acceso de la población a los servicios primarios de sanidad.

Estas 54 zonas se agrupan en 10 sectores de salud mental, cada uno con un Centro de Salud Mental de referencia.

La atención sanitaria de salud mental se estructura en 3 áreas asistenciales:

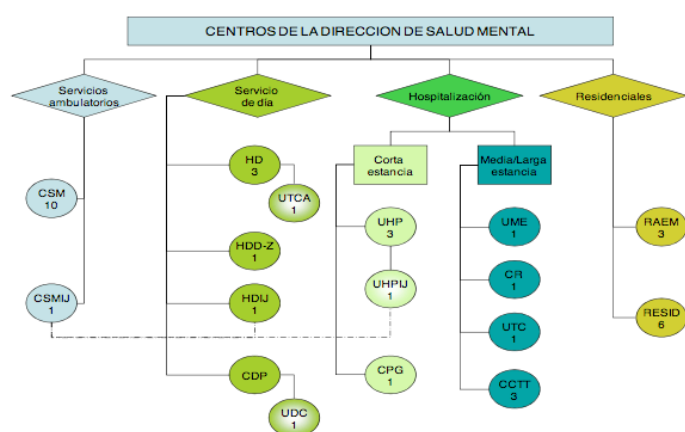
- Centros de Salud Mental (primer eslabón en la atención)
- Recursos Intermedios
- Hospitalización

¹¹ Programa de Atención a personas con TMG de Navarra

¹² Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.

¹³ Programa de Atención a personas con TMG de Navarra

En la siguiente tabla se muestra la red de atención mental y los mapas de distribución de los centros de salud mental y dispositivos asociados a la asistencia en Navarra:



CCTT: Comunidades Terapéuticas
 CDP: Centro de Día Psicogeriátrico
 CPG: Clínica Psicogeriátrica
 CR: Clínica de Rehabilitación
 CSM: Centros de Salud Mental
 CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
 HD: Hospital de Día
 HDD-Z: Hospital de Día de Drogodependencias
 HDIJ: Hospital de Día Infanto-Juvenil
 RAEM: Residencia Asistida para Enfermos Mentales
 RESID: Residencias Psicogeriátricas
 UDC: Unidad de Deterioro Cognitivo
 UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
 UHPIJ: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil
 UME: Unidad de Media Estancia
 UTC: Unidad de Tratamiento Continuoado
 UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimenticia

Fuente www.navarra.es/NR/rdonlyres/.../DOSSIERDEPRENSA_PlanSaludMental.pdf



Las **Residencias Asistidas para Enfermos Mentales** son recursos residenciales enfocados a pacientes con trastornos psiquiátricos graves, con deterioro de la autonomía personal y con un apoyo familiar escaso, que necesitan atención para la realización de las actividades de la vida diaria y control y prevención de otros tratamientos médicos y farmacológicos.

Proporcionan alojamiento, manutención, actividades ocupacionales, de ocio y atención psicológica, psiquiátrica y de enfermería.

Los equipos de **Apoyo Social Comunitario (Intervención Sociocomunitaria)** son equipos multidisciplinares que ofrecen atención en el domicilio y apoyo social para el mantenimiento del paciente en su entorno, intentando disminuir los ingresos de estas personas en instituciones de manera prolongada y adaptarse a sus necesidades particulares. Trabajan de manera continua con los CSM y están concertados con el Gobierno de Navarra.

Los **Equipos de Formación Laboral** sirven de apoyo a la inclusión laboral y mantenimiento de los pacientes en el mundo del trabajo.

Tanto el área sanitaria como el área comunitaria se encuentran entrelazados, dando lugar a una red de recursos muy amplia en cantidad pero de distribución desigual.

Los **Centros de Salud mental** cuentan con equipos de recursos humanos multidisciplinares.

Cada equipo consta de al menos 1 psiquiatra, 1 psicólogo /a clínico/a , 1 enfermera/o, 1 representante de trabajo social y 1 auxiliar administrativo.

El segundo eslabón de la Red de Salud Mental de Navarra corresponde a los “**Recursos Intermedios**”:

- 6 hospitales de Día: 3 destinados a la atención de los plos trastornos mentales graves en adultos en hospitalización parcial y 3 específicos llamados “monográficos”(psicogeriátrico, infanto-juvenil y atención de trastornos adictivos). En los Hospitales de Día se realiza una hospitalización psiquiátrica parcial y tratamiento para pacientes agudos y subagudos, sirviendo de complemento a la red ambulatoria y los centros de hospitalización completa.
- 90 plazas en Comunidades Terapéuticas (como Proyecto Hombre)
- Una Clínica de Rehabilitación con programas de hospitalización diurna, semanal y total
- 3 Unidades Residenciales para Enfermos Mentales (asistencia a TMG) y 3 Unidades Residenciales Psicogeriátricas.
- Una unidad de media estancia, concertada con Padre Menni, con apoyo a las unidades de Hospitalización de Agudos.

El tercer eslabón de la red es la **Hospitalización psiquiátrica breve** para adultos, atención a pacientes con descompensación psicopatológica aguda, con 3 unidades:

- 2 unidades incluidas en el Complejo Hospitalario de Navarra, con un total de 51 camas.
- Una unidad en Tudela, adscrita al Hospital Reina Sofía con 9 camas.

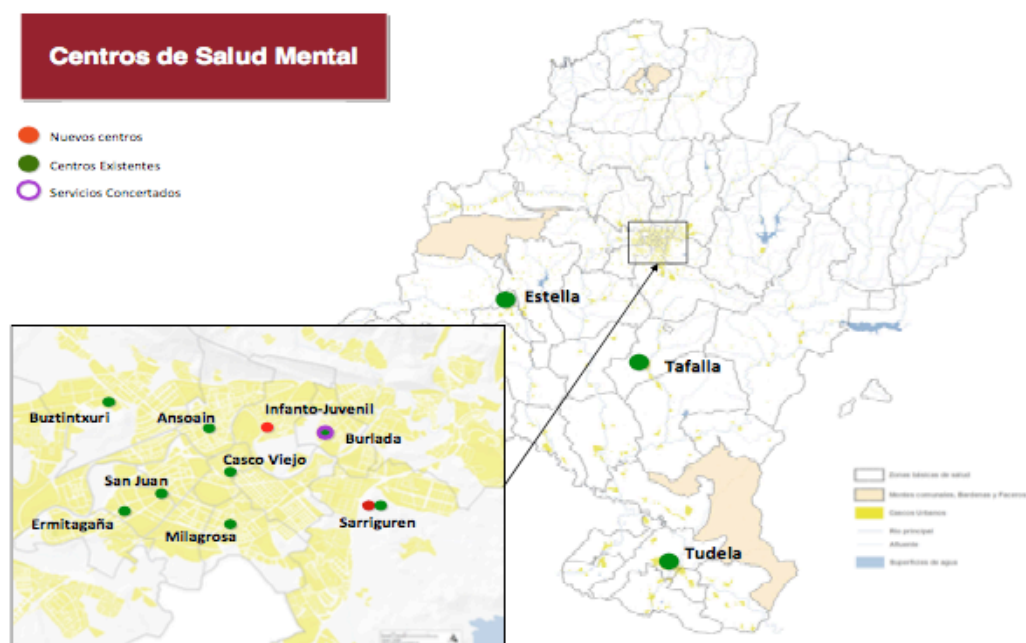
Existe una unidad de hospitalización infanto-juvenil para menores de 17 años en el Complejo Hospitalario de Navarra, con 4 camas.

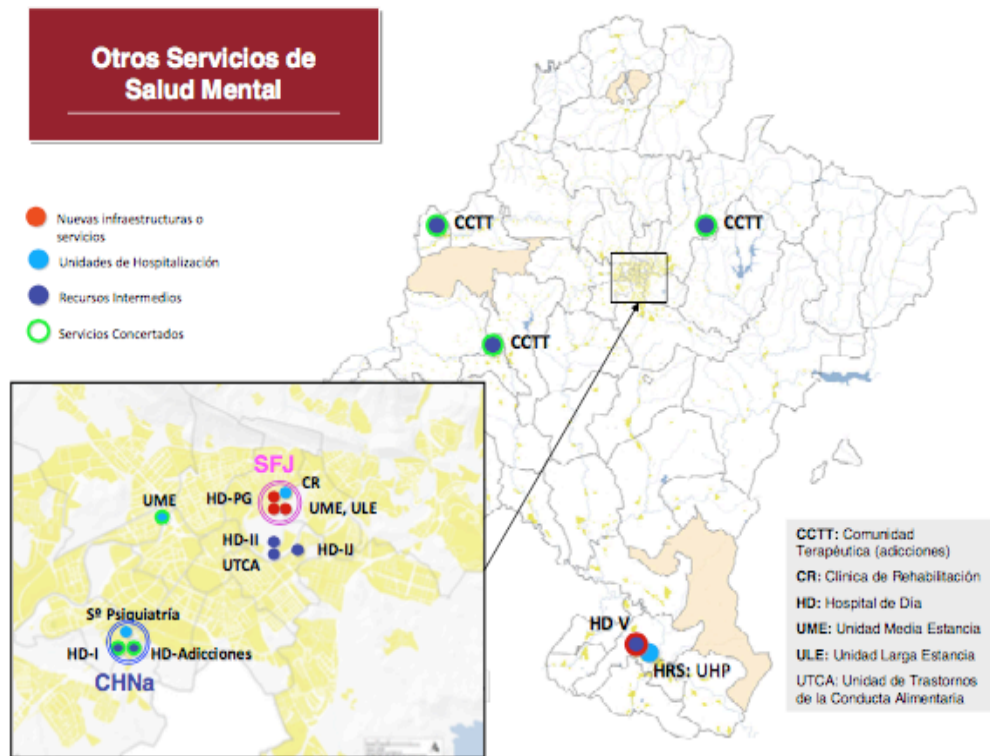
Estas unidades hospitalarias incluyen la asistencia en urgencias psiquiátricas durante las 24h.

Desde marzo del año 2011 a esta red se une la UAPA, Unidad centralizada que asume la gestión de agendas, actividades propias de la administración y atención al paciente y familias, con buzón de quejas.

En total, hay un promedio en Navarra de 607 profesionales relacionados con la atención a la Salud Mental.

1.3.- DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS RECURSOS



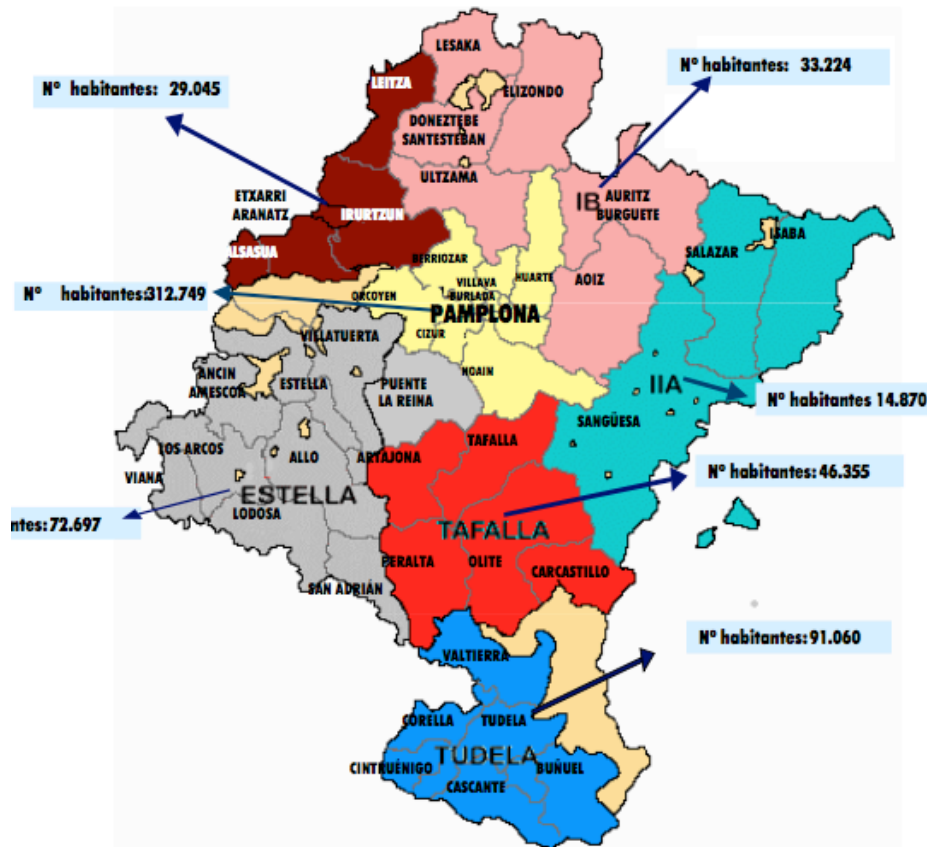


Fuente www.navarra.es/NR/rdonlyres/.../DOSSIERDEPRENSA_PlanSaludMental.pdf

Esta distribución de los centros de salud y recursos sociales asociados, no hace más que constatar una realidad que ya quedó patente en la propuesta de Programa de Atención para Pacientes con TMG del año 2005 :

El difícil acceso a los recursos asistenciales mentales por parte de las personas que no viven cerca de Pamplona o de su comarca, ya que los sectores de Atención en Salud Mental son coincidentes con las Zonas Básicas de Salud.

Su mapa es el siguiente:



Fuente: Programa de atención a personas con TMG de Navarra
www.navarra.es/NR/rdonlyres/B66BCCE6-6744-4560.../PROGRAMATMG1.pdf año 2005

Máster Salud Pública
Olalla Viader Pérez

SECTOR	Z.B.	ZONAS BASICAS	Población total	Población > 64 años	Población 0-16 años
IA-Casco Viejo	1	Altsasu/Alsasua	59.578	12.086	8.297
	2	Etxarri-Aranatz			
	3	Irurtzun			
	4	Leitza			
	19	Casco Viejo-I Ensanche			
IB-Burlada	61	Azpilagaña	77.096	12.150	14.104
	5	Lesaka			
	6	Elizondo			
	7	Doneztebe/Santesteban			
	8	Ultzama			
IC-Buztintxuri	9	Auritz/Burguete	52.996		6.577
	10	Aoiz			
	11	Huarte			
	12	Villava			
	13	Burlada			
ID-Ansoain	14	Berriozar	59.816		10.047
	15	Orcoyen			
	16	San Jorge			
		Buztintxuri (estimada)			
	17	Rochapea			
IIA-Milagrosa	64	Ansoain Nuevo	68.104	14.297	10.416
	18	Chantrea			
	20	II Ensanche			
	21	Milagrosa			
	27	Puente la Reina			
IIB-Ermitagaña	28	Noáin	59.501	6.094	11.706
	29	Sangüesa			
	30	Valle de Salazar			
	31	Isaba			
	24	Ermitagaña			
IIC-San Juan	25	Cizur	67.746	10.617	11.826
	65	Echavacoiz			
	26	Barañáin			
	22	Iturrama			
	23	San Juan			
Estella	63	Mendillorri	64.328	13.906	9.682
	32	Estella			
	33	Villatuerta			
	34	Allo			
	35	Ancín-Améscoa			
Tafalla	36	Los Arcos	46.393	9.571	7.394
	37	Viana			
	38	Lodosa			
	39	San Adrián			
	40	Tafalla			
Tudela	41	Artajona	96.556	17.455	15.952
	42	Carcastillo			
	43	Olite			
	44	Peralta			
	45	Tudela Oeste			
	46	Tudela Este			
	47	Valtierra-Cadreita			
	48	Corella			
	49	Cintruénigo			
	50	Cascante			
	51	Buñuel	630.578	108.833	106.290

Como ejemplo, una persona residente en el valle de Salazar que quiera solicitar una consulta en Salud Mental, debe pedir cita en el CSM del barrio de La Milagrosa en Pamplona.

Esta situación es uno de los factores que dificulta la accesibilidad .

Fuente: Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016

Conociendo la estructura y distribución de la Atención en Salud Mental, se hace necesario exponer los datos estadísticos más actuales que disponemos en Navarra respecto al Programa de Trastorno Mental Grave en adultos.

1.4.- DATOS ESTADÍSTICOS

La Memoria de Salud Mental en Navarra 2015¹⁴ nos muestra datos de la implantación y rendimiento del Plan Estratégico 2012-2016:

En los Centros de Salud Mental, la actividad se estructura en 7 programas:

- Trastorno mental grave (TMG)
- Trastorno mental común. (TMC)
- Infanto-juvenil.(I/J)
- Trastornos adictivos(TA)
- Programa de Psicogeriatría (PSG)
- No precisa programa de tratamiento(NT)
- Aplazado/ sin clasificar(A/SC)

El total de pacientes atendidos durante el año 2015 es 23.722 .

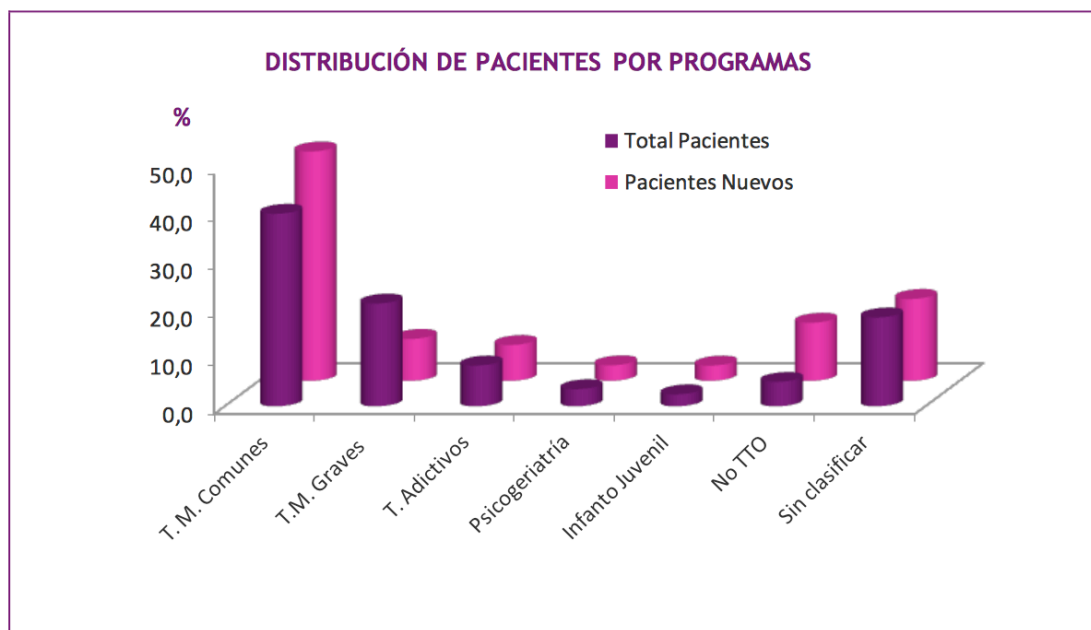
El número total de consultas asciende a 145.673 consultas entre todos los agentes que trabajan en los CSM: psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y auxiliar de enfermería.

El programa en el que más pacientes nuevos piden consulta en cuanto al número total de pacientes vistos, es el TMC (40,3%) seguido del TMG (21,5%).

Sin embargo, el número de consultas totales dedicadas al TMG es superior al de TMC, con un 33% frente a un 29%.

¹⁴ Memoria de Salud Mental Navarra 2015

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad



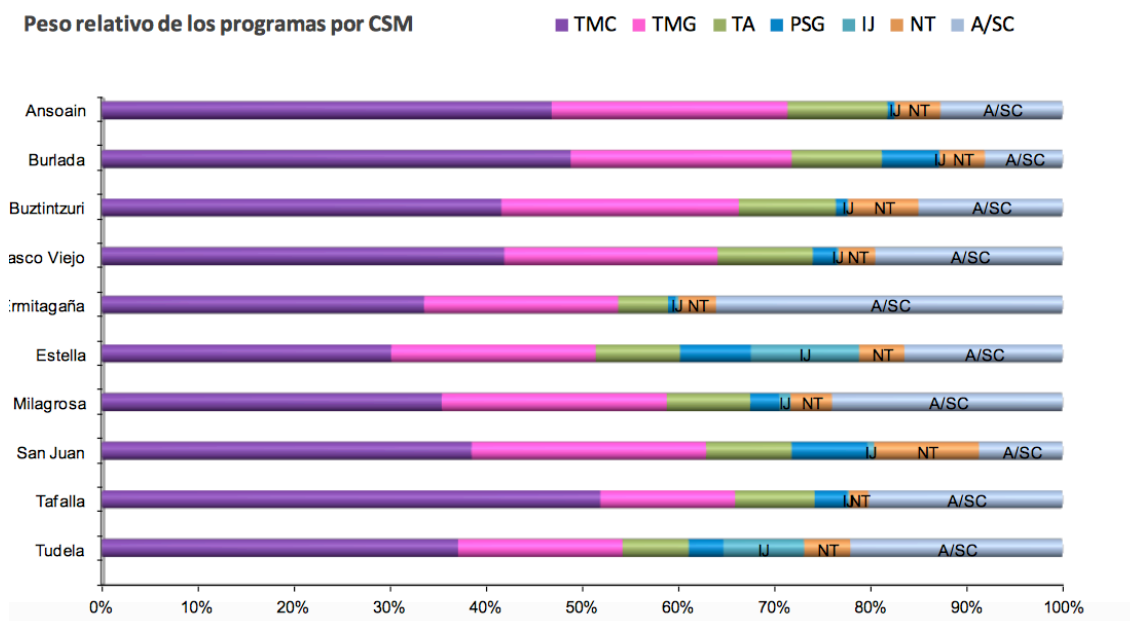
Datos CSM Total Navarra

Distribución de las consultas por programa

PROGRAMAS	Consultas (*)	
	N	%
Pr. de T. Mental Grave	41.923	33,4
Pr. de T. Mental Común	36.757	29,2
Pr. de T. Adictivos	24.646	19,6
Pr. de Psicogeriatría	2.246	1,8
Pr. Infanto Juvenil	1.966	1,6
No precisa pr. de tratamiento	1.392	1,1
Aplazado / Sin clasificar	16.755	13,3
TOTAL	125.685	100

***En 2015 : Se incluye todo tipo de consulta : individual , de grupo y consultas especiales de enfermería.**

De estas imágenes se puede concluir que el peso del Programa de Trastorno Mental Grave es importante en los Centros de Salud Mental.



De dicho programa, los diagnósticos más frecuentes son la Esquizofrenia seguida de los Trastornos Afectivos

Distribución de pacientes totales por Diagnóstico según programa (% pacientes)

%	TMG	TMC	TA	PSG	IJ	NT	SC	% TOTAL
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somato	6,0	52,8	0,4	19,3	10,2	23,9	0,7	24,9
Otros / aplazados / nulos	0,9	1,9	2,4	1,1	3,4	0,9	97,4	19,4
Trastornos del humor (afectivos)	30,5	23,4	0,3	44,0	1,8	3,0	0,8	17,9
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	45,4	0,5	0,1	6,4	0,0	0,4	0,2	10,3
Trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicotropas	1,5	0,8	94,2	0,3	0,4	1,9	0,3	8,8
Factores que influyen en el estado de salud	0,2	5,5	0,4	4,3	38,3	61,0	0,2	6,6
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	8,2	6,9	1,7	3,2	0,0	1,6	0,1	4,9
Tr. del comportamiento y de las emociones en la infancia y adolescenci	0,6	3,0	0,1	0,0	37,9	0,3	0,1	2,3
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y	1,3	2,4	0,4	1,1	3,0	2,2	0,1	1,5
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	1,4	0,8	0,0	19,5	0,2	2,8	0,1	1,5
Retraso mental	2,3	1,7	0,0	0,3	1,4	1,9	0,0	1,3
Trastornos del desarrollo psicológico	1,5	0,2	0,0	0,0	3,4	0,2	0,0	0,5
Trastorno mental sin especificación	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1
Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total general	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La media de consultas/paciente/año es de 6,3.
Esta cifra se supera en los casos de TMG (9,7) y TA(14,5).

Es decir, los pacientes con este tipo de patologías acuden más veces a consulta en los CSM al cabo del año, que aquellos incluidos en otros programas de Salud Mental.

Analizando el tipo de consulta que más se realiza gana ,con un 80% , la consulta individual frente a la grupal y la de enfermería.

En el TMG , la mayor parte de estas consultas se desarrollan con psiquiatría y enfermería (37,5% y 40%) , mientras que las consultas con profesionales de la psicología clínica y trabajo social ostentan porcentajes llamativamente más bajos, con un 11,2% y 9,4% respectivamente.

Respecto a las áreas de estancia breve, como hospitalizaciones agudas, de entre los 12 diagnósticos más frecuentes al alta, destacan el número de altas correspondientes al diagnóstico “Psicosis”, con 453 altas en adultos y una media de 20 días de estancia, y el siguiente diagnóstico corresponde a “Trastorno de la personalidad” pero con cifras muy alejadas del primero (49 altas y 17 días de promedio de estancia). Ambos diagnósticos se engloban en la etiqueta “Trastorno mental grave”.

Altas por GRD y Estancia Media

GRD	UHP Adultos		UHP IJ		UHP Tudela	
	Altas	E. Media	Altas	E. Media	Altas	E. Media
430 Psicosis	453	22,12	28	24,75	106	11,08
428 T. Personalidad & Control de impulsos	49	17,31	2	27,00	14	4,00
751 Abuso o dependencia de alcohol, sin CC	49	9,14	0	0,00	10	5,70
748 Abuso o dependencia cocaína u otras drogas, sin CC	34	14,97	2	19,00	19	11,05
427 Neurosis excepto depresiva	36	16,03	3	32,33	10	5,70
425 Reacción de adaptación aguda & Disfunción Psicosocial	24	16,96	0	0,00	5	12,60
429 Alteraciones orgánicas & Retraso Mental	19	19,37	0	0,00	7	7,29
426 Neurosis depresivas	18	16,17	1	43,00	6	4,00
431 Trastornos Mentales de la Infancia	6	19,33	8	12,13	2	8,50
450 Envenenamiento& Efecto tóxico de drogas	7	6,71	0	0,00	7	5,29
753 Rehabilitación para trastorno compulsivo nu	9	54,33	4	34,25	0	0,00
12 Trastornos degenerativos del sistema nervioso	5	30,00	0	0,00	5	6,40

Fuente: CMBD SNS-O

La tabla de la lista de espera para primera consulta global en diciembre del año 2015, muestra que el número de personas en lista es de 940, y el tramo de tiempo en el más personas hay es el correspondiente a 31-45 días de espera con 368 personas.

Lista de espera de consulta - Diciembre 2015

Días de espera	Personas	No cita	Personas por grupo de días de espera						EM
			<15	15-30	31-45	46-60	61-90	>90	
Personas en espera	940	2	35	96	368	282	141	16	47

A modo de visión global, estas tablas y datos nos ofrecen una foto bastante exacta de las circunstancias que rodean a los pacientes con trastorno mental grave.

1.5.- REALIDADES Y POSIBLES SOLUCIONES:

Además de las consecuencias de padecer el trastorno en sí mismo y los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, deben lidiar con continuas variaciones en su ritmo de vida derivadas de las numerosas visitas al CSM, de las posibles reagudizaciones en su proceso y los consecuentes ingresos, y con estancias prolongadas en los centros de hospitalización e , incluso, con problemas para acceso a plazas residenciales por saturación del servicio ¹⁵ (*Jornada Foro Abierto de Salud Mental en Navarra*).

De las consultas a las que acuden, la mayoría son individuales y centradas en la atención médica, dejando de lado en cierta manera, a su entorno familiar y social, del que recibe el mayor apoyo, y una atención más integral con asistencia social y terapéutica.

Si a estas circunstancias les sumamos que la persona vive alejada de Pamplona y comarca en donde es más fácil acceder a los servicios sanitarios y sociales, nos da un resultado desolador:

Su vida y la de su familia gira entorno al trastorno mental .

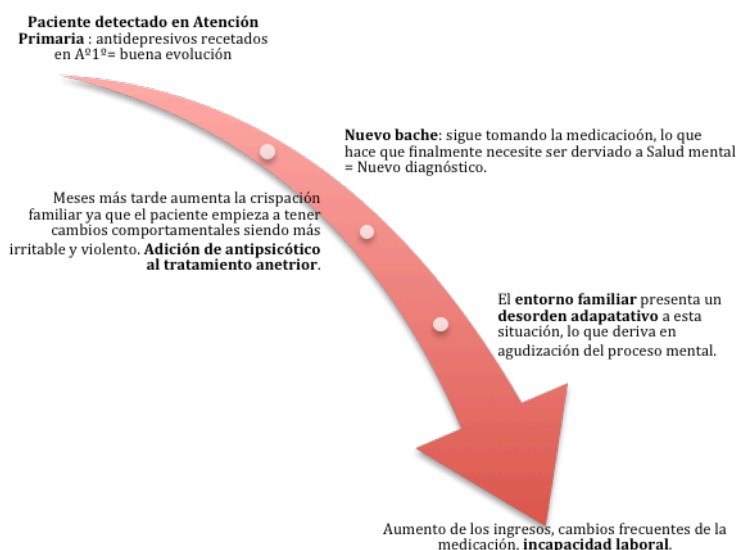
DIÁLOGO ABIERTO

En una de las conferencias sobre Salud Mental, abierta a todos los públicos, celebradas en Civitan Pamplona por parte de Anasaps y Mejorana-AVANVIDA , Se puso de manifiesto una idea que no sólo se detecta aquí en Navarra, sino en todas las comunidades psiquiátricas del mundo: la alta medicalización, la disminución del umbral necesario para diagnosticar y la ineficacia del binomio” diagnóstico- tratamiento farmacológico”, además de la inexistente adaptación de los servicios sanitarios a las necesidades de las personas.

No consiste en bloquear los síntomas , sino en integrarlos en la vida del paciente.

Como ejemplo de la asistencia actual daban un esquema de cómo se desarrolla un alto porcentaje de los procesos asistenciales en Salud mental en Navarra:

¹⁵<http://static1.squarespace.com/static/5513f043e4b067ffec42016f/t/55390c40e4b0033a4f50b982/1429802048648/15D.Navarr+a+Art%C3%ADculo+Alfredo+Mtnez+++++13junio+04.jpg>



Es en este contexto, salen a la luz estudios y proyectos como el denominado “Diálogo Abierto”¹⁶ que se utiliza en una región de Finlandia en la que los casos de brote psicótico y esquizofrenia son altos.

Este programa pone en jaque al modelo médico y farmacológico como único tratamiento eficaz para los pacientes psicóticos mediante la dinámica del apoyo continuo al paciente y familia desde el minuto uno de necesidad de asistencia.

Se basa en las entrevistas clínicas del paciente acompañado de su familia y entorno, pudiéndose celebrar éstas en el centro de salud mental o en la casa del paciente, dependiendo de la determinación del paciente.

En esta entrevista/consulta clínica el equipo de salud mental está conformado por médico psiquiatra, enfermería, terapeutas y psicólogo/a, aportando todos ellos junto con la familia y paciente una visión más global de la situación. Es una entrevista participativa.

Este método de atención viene refutado por estudios como el de Yrjö O Alanen M.D “*Psychotherapeutically Oriented Treatment of Schizophrenia: Result of 5-years-follow-up April 1985*”¹⁷ o Jakko Seikkula” *Five –years experience of first-episode nonaffective psychosis in open –dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two cases* 22 Feb 2007¹⁸.

En ambos, se pone de manifiesto que la inclusión del paciente y la familia en el tratamiento terapéutico, favorece que los síntomas psicóticos y los reingresos disminuyan, así como la mejora en el mantenimiento de las actividades de la vida diaria, de los hábitos laborales.

¹⁶ <http://www.wildtruth.net/dvdsb/es>

¹⁷ DOI: 10.1111/j.1600-0447.1985.tb08522.x

¹⁸ <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500268490>

Otro de los puntos que refuerzan la inclusión de las familias en los tratamientos es que esta dinámica favorece los cambios en la comunicación y en la expresión de sentimientos dentro del núcleo familiar, además de proporcionar información sobre las posibles contingencias a las que se enfrentan a diario.

Estudios como el *Estudio Ventura* o el *Estudio California* muestran las diferencias significativas existentes entre los pacientes que reciben terapia individualizada y con un componente farmacológico más poderoso frente a los pacientes que siguen una terapia familiar con educación respecto a la esquizofrenia, episodios psicóticos y expresión de emociones, con menor dosis farmacológica.

Las recaídas, entendidas como ingresos hospitalarios o exacerbaciones clínicas. Estos últimos presentan cifras de recaídas mucho menores (6% en el estudio California – frente a un 44%)¹⁹

El secreto es el empoderamiento de todos los agentes y el respeto a la autonomía desde las primeras 24 horas de inicio de los síntomas psicóticos.

1.6.- ADECUACIÓN AL PLAN DE SALUD DE NAVARRA

El programa que expongo “Educación y apoyo en salud mental a pacientes y familiares” propone, en primer lugar, la inclusión en el circuito de la salud mental pública de los pacientes y familiares, propiciando encuentros con profesionales dirigidos a crear espacios de comprensión mutua.

De esta manera se le facilita al entrono del paciente, la familiarización con los síntomas y evolución de la enfermedad, y así pueden actuar de manera más rápida ante cualquier cambio que se produzca en el paciente.

En segundo lugar intento crear espacios de consciencia en la sociedad respecto al estigma que a enfermedad mental produce visualizando una parte de la sociedad con la que apenas hay contacto.

El Plan de Salud de Navarra 2014-2020, aprobado el 16/09/2014 por la Comisión de Salud del Parlamento de Navarra, se basa en nueve ideas fundamentales:²⁰

¹⁹ Muela, José A., Godoy, Juan F., Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia *Psicothema* [en línea] 2001, 13 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 25 de agosto de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713101>> ISSN 0214-9915

- Continuar garantizando el acceso universal a los servicios de salud.
- Orientación a resultados de salud.
- Enfoque poblacional y priorización.
- Estrategias integrales de intervención.
- Salud en todas las políticas.
- Intersectorialidad e intervenciones comunitarias.
- Orientación sociosanitaria.
- Empoderamiento , participación.
- Coherencia entre prioridades y recursos.

Los objetivos generales son los siguientes:

OBJETIVOS GENERALES
Disminuir la mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.
Disminuir la morbilidad y reducir la severidad de las patologías priorizadas.
Disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal.
Mejorar la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud.
Promover estilos de vida saludables y reducir riesgos para la salud.
Fomentar el empoderamiento y el autocuidado de la salud.
Reducir las desigualdades en los resultados de salud.
Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario

Selecciona 12 estrategias de Salud prioritarias, de las cuáles 3 se relacionan con la propuesta de Programa de Salud :

²⁰ Plan de Salud de navarra 2014-2020 . Deparatamento de Salud

Prevención y Atención en Salud Mental: erradicación del estigma, atención al TMG, capacitación al cuidador

Promoción de la Salud y Autocuidado en Adultos:-
capacitación en autocuidados

Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía:
- capacitación y apoyo al cuidador, atención domiciliaria
socio sanitaria.

En materia de Salud Mental, el Plan de Salud 2014-2020 sigue las líneas marcadas en el **Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016** , aprobado en julio del año 2012.

Entre los proyectos que comparten podemos destacar:

- Prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma.
- Mejora del acceso de todos los niveles asistenciales.
- Mejorar la capacidad de resolución, adecuando los recursos a las necesidades emergentes.
- Aumento de la intervención psicológica de calidad.
- Impulsar la figura de la enfermería especialista como gestora de casos.

Ambos Planes Estratégicos comparten el desarrollo de una atención más centralizada hacia lo socio sanitario, implantando las figuras de enfermería y trabajadores sociales gestores de casos.

Se hace necesario explicar brevemente en qué consiste la gestión de casos.

La gestión de casos fue definida en los años 70 por la American Nurses Credentialing Center como “proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada. Reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos”²¹

Respecto a enfermería, también se denomina “profesional de enfermería de enlace” y supone la presencia de un profesional con capacidad de liderazgo clínico y conocimiento para proporcionar cuidados de alta calidad además de coordinar los recursos.

²¹ “La gestión de casos de enfermería, una gran desconocida” www.consejogeneralenfermeria.org

Actúan en diversos ámbitos, como la salud mental, la atención domiciliaria, servicios sociales... y son los responsables de los planes de cuidados y la coordinación del trabajo con otros profesionales.

Gracias a la gestión de casos, tanto por parte de enfermería como de trabajo social, se consigue la disminución de ingresos hospitalarios frecuentes, mejora la coordinación entre atención primaria y especializada facilitando también la labor del cuidador/a principal.²²

1.7.- IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

A pesar de que la atención sanitaria en Salud Mental ha ido actualizándose y cuenta como prioridad en los Planes de Salud, sigue habiendo problemas que representan retos importantes en la consecución de una asistencia integral.

Entre ellos, destaca la **desigual distribución geográfica de los recursos** sanitarios y sociales en Salud Mental de la comunidad, siendo Pamplona y comarca el lugar en el que se encuentran la mayoría de los agentes de la Red Mental de Navarra.

Esto lleva a un acceso desigual a los servicios especiales por parte de pacientes que no viven a distancias considerables. Este factor es otra de las razones de la complicada adhesión de estos pacientes a los tratamientos.

Por otra parte, la escasa presencia de profesionales de Enfermería y Trabajo Social **gestores de casos clínicos**, hace que la atención a estos pacientes con trastornos mentales graves, como pacientes crónicos, se vea fragmentada en procesos y no sea integral. Aumentando el número de gestores de casos podría aumentar la ayuda a la red social y familiar del paciente. Otro problema que presenta la atención en salud mental es la **elevada medicalización** frente a la baja utilización de las consultas psicológicas y terapéuticas en los CSM, y la elevada frecuencia de reingresos con el consiguiente aumento del gasto sanitario.

Existe un vacío de “**programas de atención sociosanitaria**” y “**de ocio y tiempo libre**” en la red de centros mentales públicos.

Aunque estos programas están gestionados por ANASAPS y AVNVIDA en 5 zonas (Pamplona, Tudela, Santesteban, Tafalla y Estella), concertadas ambas asociaciones con el Gobierno de Navarra, en la cartera de Servicios Departamento de Asuntos Sociales aparece como una prestación garantizada para personas con un grado de minusvalía igual o superior al 33%.

Desde el momento en el que se presenta la solicitud de certificado de discapacidad hasta que se recibe la notificación, suele pasar un tiempo que puede superar los 6 meses. Así, los pacientes de reciente diagnóstico y en proceso de solicitud de certificado, no pueden acceder a estos programas.

Colectivos como los arriba mencionados, ven indispensable una inserción temprana en la red comunitaria.

Análisis DAFO de la propuesta:

²² Ana Agulló Porras, Rocío Alfaro Ramos “Trabajo Social Sanitario y gestión de casos Documentos de Trabajo Social nº51 ISSN 1133-6552

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Amplia red de centros de asistencia en salud mental - Existencia de evidencia científica sobre el efecto terapéutico del método “Diálogo abierto”. - La existencia de la Escuela de Pacientes y del Programa de pacientes crónicos que incluyen la atención al cuidador principal. - Programas de formación especializada en Salud Mental MIR, EIR PIR ya instaurados en el Sistema Navarro de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución geográfica de recursos desigual. - Gran extensión del uso de fármacos e infradiagnóstico (“seguro que no es para tanto”). - Estigma de las enfermedades mentales.
	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
ANÁLISIS EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación de los trabajadores de salud mental en la gestión de casos. - Capacitación y empoderamiento de las familias para el manejo de situaciones de crisis y de la enfermedad, evitando así la exclusión que deriva de los ingresos hospitalarios. - Creación de espacios de comprensión entre paciente-familia-profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de motivación de los profesionales de salud mental. - Reticencias de los familiares o pacientes a participar. - Limitación de los recursos económicos.

2.- OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVOS GENERALES:

- Disminución del número de reingresos de los pacientes con TMG.
- Disminución del auto- estigma y estigma social y exclusión.

- Ampliar el conocimiento de la enfermedad por parte de familiares, pacientes y entorno.

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A corto plazo:

- Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios de salud mental en las actividades del programa.
- Capacitar a pacientes y familiares en el reconocimiento y manejo de situaciones derivadas de la enfermedad , como los brotes psicóticos.

A medio plazo:

- Disminuir el auto- estigma .
- Utilizar de manera más eficiente de los recursos sanitarios de salud mental en la comunidad foral.

A largo plazo:

- Disminuir los reingresos y aumentar la calidad de vida de los pacientes.

3.- PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

3.1.- POBLACIÓN DE REFERENCIA Y POBLACIÓN MUESTRAL

El Programa de Salud “ Cerca de Ti” se desarrolla en Navarra.

Está dirigido a la atención a personas incluidas dentro del Programa de Trastorno Mental Grave de la Red Navarra de Salud Mental y a su entorno familiar.

El programa está enfocado , específicamente, a los pacientes adolescentes y adultos diagnosticados de enfermedades que cursan con episodios psicóticos como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar.

Estas patologías son las que mayor porcentaje de diagnósticos presentan y más ingresos producen³⁰.

Se encuentran incluidos pacientes adolescentes ya que enfermedades como la esquizofrenia debutan en el rango de edad de 15 a 25 años.

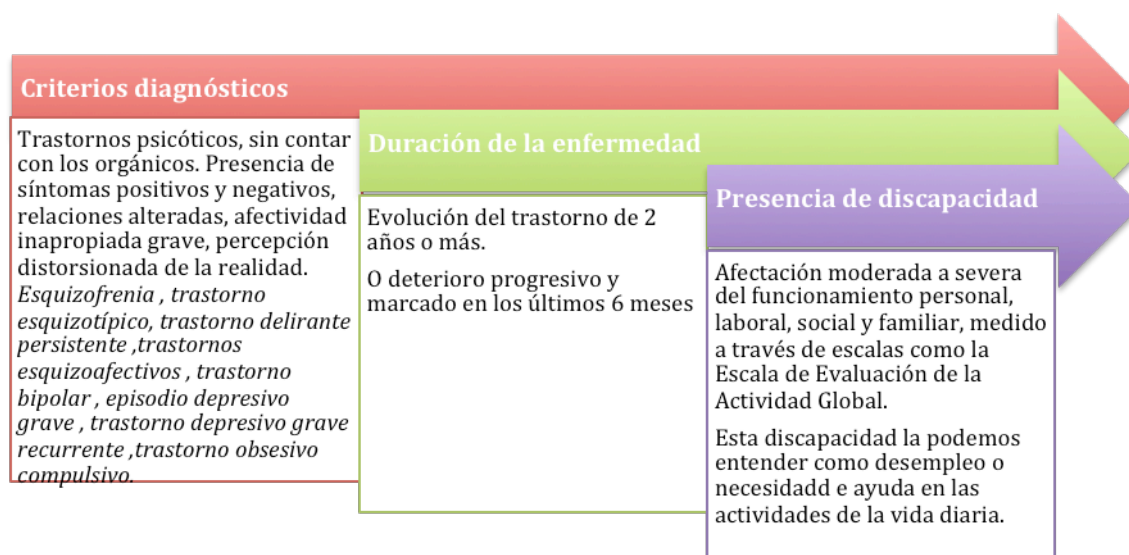
Esta selección viene dada por los datos antes mencionados:

- Los diagnósticos incluidos dentro de la etiqueta “trastorno mental grave” son enfermedades altamente discapacitantes , lo que conlleva más posibilidades de exclusión social.
- Son pacientes con los porcentajes de reingresos, factor que agudiza su exclusión.
- Un alto porcentaje de estos pacientes vive con su familia, con lo que se crea la necesidad de programas de educación que ayuden a las personas con enfermedad mental y a su entorno a manejar el trastorno de manera más efectiva, adquiriendo mayor autonomía y calidad de vida.

3.2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE CON EPISODIOS PSICÓTICOS

El trastorno mental grave se puede definir de diversas formas. Lo más habitual es utilizar tres variables: los criterios diagnósticos, la cronicidad y el nivel de discapacidad.²³

²³ GPC Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Versión resumida. Definición de TMG
www.guiasalud.es/egpc/tmg



Todas estas entidades diagnósticas comparten el padecimiento, en algún momento de la enfermedad, de un episodio psicótico.

Esquizofrenia y trastorno delirante son las dos entidades principales dentro de los trastornos mentales graves.

¿ En qué consiste un episodio psicótico?²⁴

Es la aparición de delirios y alucinaciones provenientes de la mente de la persona.

Son ideas falsas que no atienden a argumentaciones, vividas como ideas normales. son contaminantes. Van desde temas imposibles hasta temas cotidianos, como la culpa o los celos.

Aparecen de manera repetitiva e involuntaria. La persona lucha por eliminarlas pero acaba amoldando su vida a los delirios.

El delirio más frecuente es el de persecución o perjurio.

Por ejemplo en la depresión el delirio más frecuente es el de culpa o ruina, mientras que en la manía es el de grandeza.

La esquizofrenia suele relacionarse con delirios de control, como lectura de pensamiento .

Respecto a las alucinaciones, alteraciones de la percepción sin la presencia de estímulo externo que la produzca, las más frecuentes son las auditivas.

Los trastornos que ostentan como característica principal la presencia de brotes psicóticos son.²⁵

²⁴ Mingote Adán José Carlos, Pino Cuadrado Pablo del, Huidobro Álvaro, Gutiérrez García Dolores, Miguel Peciña Isabel de, Gálvez Herrer Macarena. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Med. segur. trab. [Internet]. 2007 Sep [citado 2017 Ago 24] ; 53(208) : 29-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005&lng=es.

- Esquizofrenia.
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante

Trastornos que pueden cursar con episodios psicóticos pero que no es su característica principal:

- Manía
- Depresión
- Demencia
- Trastorno bipolar.

Los enfermos de esquizofrenia sufren frecuentes episodios de recaídas o brotes. El primer brote suele producirse en la adolescencia o edad temprana adulta, y más tarde hacia la quinta y sexta década de la vida, coincidiendo con cambios hormonales y de rol social. Antes del primer episodio psicótico suele haber unos síntomas prodrómicos como pueden ser la ansiedad, insomnio prolongado, alteraciones de la concentración, deterioro de las relaciones.

Es frecuente que el episodio sea la consecuencia de una situación de estrés laboral o social.

La problemática que encierran las recaídas se refiere a dos puntos:

- Por un lado los numerosos reingresos del paciente o sus bajas, les aíslan de la vida normal.
- Por otro lado, las recaídas provocan que el pronóstico del paciente sea peor y el ajuste del tratamiento sea más difícil.

Estadíos de la esquizofrenia:

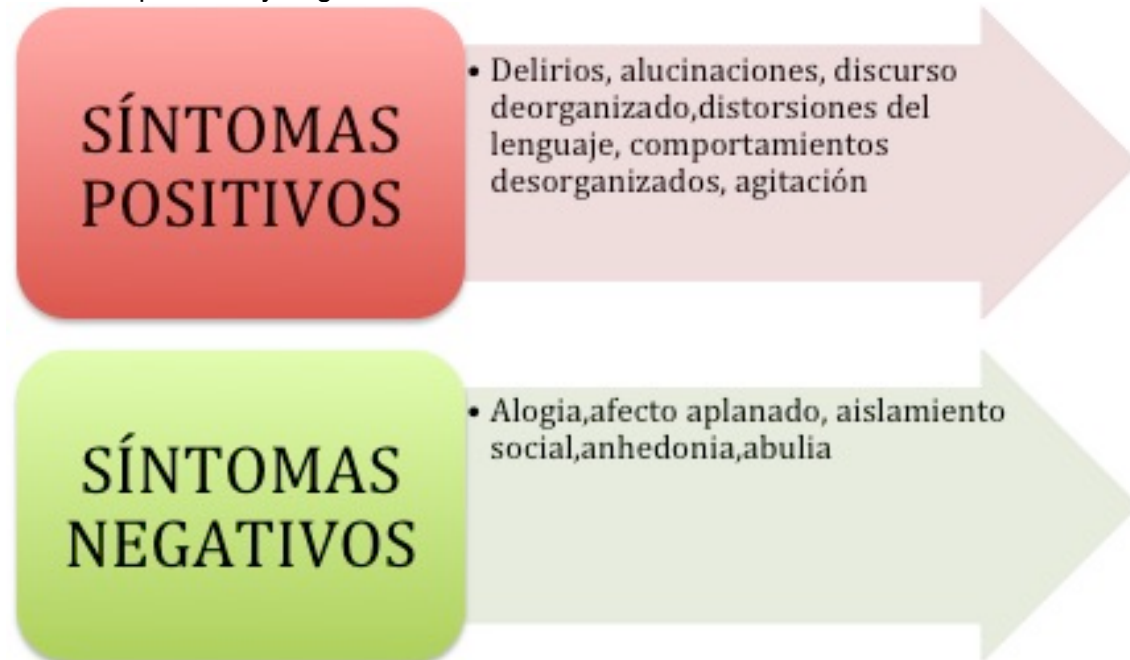
- Estadio prodrómico: suele durar entre 2 y 5 años, e implica un deterioro cognoscitivo progresivo.
- Estadio inicial: el inicio puede ser agudo, con un brote psicótico llamativo que lleve al paciente a un ingreso psiquiátrico. O puede ser insidioso, con síntomas inespecíficos, que dificultan la atención precoz adecuada que atenuaría la enfermedad. Es tras el primer brote, el periodo en el que se conforman en el individuo aspectos fundamentales en la evolución de la enfermedad, como el modo de respuesta a la enfermedad, dando lugar a procesos secundarios como depresión y las relaciones familiares problemáticas. Tanto en los prodomos como tras el primer brote son los mejores momentos para una atención temprana y completa, para poder reducir el daño cognitivo que se produce.²⁶
- Estadio establecido: los síntomas ya están presentes.

²⁵ Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. 4ª Ed. Stephen M. Stahl pag 79

²⁶ Gutiérrez López, M Isabela Sánchez Muñoz, María, Trujillo Borrego, Alejandra, Sánchez Bonome, Luis (2012) Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría, 32 (114), 225-245
<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200002>

- Remisión o estabilización: el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico logra que el paciente se encuentre estable y realice sus actividades de la vida diaria y roles adecuadamente.
- Estadio terminal o irreversible: resistencia al tratamiento.

Síntomas positivos y negativos:

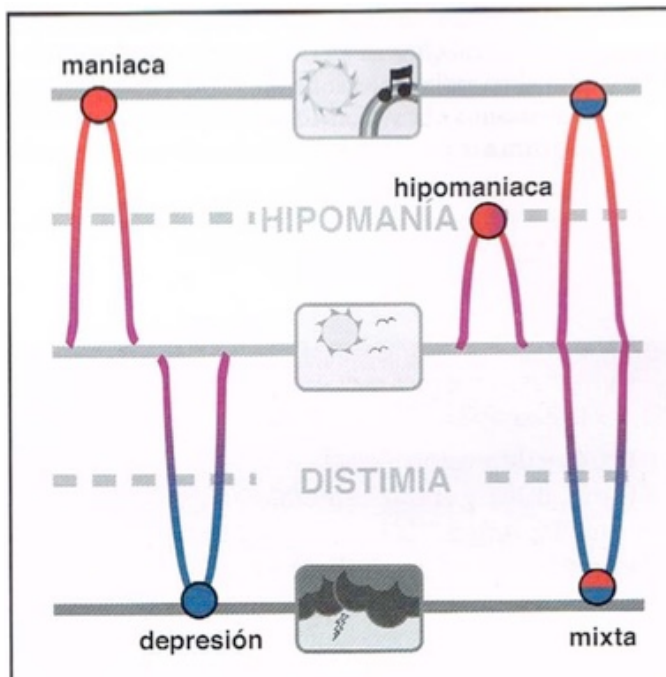


DEPRESIÓN Y TRASTORNO DEL ESPECTRO BIPOLAR :

Englobadas ambas entidades en los trastornos del humor o trastornos afectivos.

Dentro del trastorno bipolar diferenciamos una fase maníaca y otra depresiva, entendiendo la manía y la depresión como los dos polos del espectro afectivo.

Se denomina espectro bipolar ya que los pacientes no padecen fluctuaciones agudas de manía a depresión y luego eutimia, sino que sus manifestaciones son menos definidas .



El trastorno bipolar se caracteriza por pasar de estados de manía a estados de depresión, con transiciones entre la hipomanía, la eutimia y la distimia.

En ocasiones se puede confundir el trastorno ciclotímico con el bipolar. En el ciclotímico las oscilaciones de humor varían entre hipotimia y distimia sin llegar a episodio maniaco ni depresivo mayor.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por un episodio único o episodios recurrentes en el rango de la distimia y depresión.

Como hemos visto, es un grupo de personas heterogéneas, con trastorno psiquiátrico grave, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social, debiendo ser atendidas en diversos recursos sociosanitarios. (Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos 1978).

El déficit severo en su adecuado funcionamiento social suele aparecer durante los primeros años tras el inicio del trastorno.²⁷

El funcionamiento social es entendido como la capacidad de las personas para adaptarnos a los roles sociales y a los cambios en nuestra vida.

Ya que en esta afectación del funcionamiento adecuado se instaura de manera temprana, es importante una intervención psicosocial más rápida, con actividades que faciliten sus relaciones con los familiares y el medio ajeno a su núcleo.

Aunque comparten estas problemáticas, sus características biológicas, psicológicas y familiares son diferentes, con lo cual, sus necesidades asistenciales y tratamientos son individuales, lo que dificulta la consecución de una asistencia integral e integrativa.

Uno de los indicadores que se utilizan para medir la discapacidad y el impacto en la sociedad de este tipo de pacientes es Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Es la suma de años perdidos y las carencias derivadas de la discapacidad.

²⁷ Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. José Gutiérrez- Maldonado, Alejandra Caqueo Urizar, Marta Ferrer-García y Paula Fernández- Dávila. Psicothema 2012 Vol.24,nº2,pp.255-262 www.psychothema.com

La depresión representa un 12% de los AVAD mundiales relacionados con enfermedad psiquiátrica y la esquizofrenia un 3,2%.²⁸

Anteriormente hemos declarado que cada paciente tiene unas características personales que hacen que sus necesidades sean diferentes y entre estas características destaca la comorbilidad.

Se da la circunstancia de que los pacientes esquizofrénicos reciben tratamiento farmacológico con antipsicóticos.

Estos fármacos producen efectos secundarios cardiovasculares, que si los unimos a los hábitos de vida que frecuentemente tienen las personas psicóticas (sedentarismo, hábito tabáquico, mala regulación de la alimentación, consumo de sustancias tóxicas, descuido personal) hace que su esperanza de vida sea de entre 20 y 30 años menor que la del resto de la población.²⁹

La población navarra con estas características³⁰ con datos del año 2015 , representa un 45,5% del total de los pacientes con TMG en Navarra , 1953 pacientes, que han realizado consultas en los Centros de Salud Mental de Navarra para adultos.

²⁸ Tabla AVAD asociados a enfermedades neuropsiquiátricas, OMS 2008 Plan Estratégico 2014-2016. CiberSam. Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental pág 15.

²⁹ Stephen M.Stahl . Psicofarmacología Esencial de Stahl, bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas 4ª Edición

³⁰ Memoria Salud Mental Navarra 2015 <http://intranet.gccorporativa.admon-cfnavarra.es/SaludMental/default.aspx>

3.3.- CRONOGRAMA ACTUACIÓN.

Debido a que, para la realización del programa, se van a utilizar los centros de salud mental y centros de atención primaria de Osasunbidea, se hace imprescindible la presentación y petición de permisos que permitan el desarrollo de las actividades, con cierta antelación.

El cronograma desarrollado para el Programa de Salud es el siguiente:

1.- Presentación del Programa “ CERCA DE TI” a:

- La Consejería de Sanidad Gobierno de Navarra, Dirección de Salud Mental
- Dirección Centros de Salud Mental de Navarra
- Servicios de dirección de los centros de atención primaria del valle de Salazar y Santesteban.

La presentación se realiza vía email, adjuntando presentación en formato Power point, y correo ordinario, a lo largo del mes de octubre 2017.

Mediante la correspondencia se explican los objetivos del programa, población a la que va dirigido y actividades planteadas.

La presentación se realiza con anterioridad al inicio de las actividades para dar tiempo a su aprobación y a la formación y planteamiento de las mismas por parte de los profesionales.

2.- Aprobación del programa por parte de los agentes preguntados.

3.- Solicitud de subvención por parte del Gobierno de Navarra para la utilización del equipamiento de la red sanitaria.

4.- Comunicación a los profesionales de cada centro de salud mental, por parte de las jefaturas de los servicios mencionados anteriormente, de la existencia de dicho programa y próximo desarrollo.

5.- Implicación voluntaria de profesionales de la red sanitaria de salud mental en la realización de las actividades.

6.- Solicitud de acreditación de los talleres como puntos de docencia para los profesionales que los imparten, por parte de la Comisión de docencia de Formación Sanitaria de Osasunbidea.(Anexo 1)

Una vez que los puntos anteriores hayan sido aprobados durante el mes de noviembre del año 2017, volveríamos a contactar con las direcciones de los centros en los que se van a realizar las actividades para confirmar el calendario de fechas para las sesiones ofertado. (Anexo 2)

Tras esta confirmación, se inician los trámites para la divulgación e información a la población diana:

6.- Información a la sociedad a través de las redes sociales del Gobierno de Navarra y mediante colocación de trípticos en los CSM y CS, información por parte de los profesionales de salud mental a los pacientes que acudan a sus citas, a partir de diciembre - 17, para que las personas puedan madurar la propuesta y programarse la asistencia, ya que el inicio del

programa será con la tercera semana de enero, coincidiendo con la celebración el sábado 13 enero del Día Mundial de la Lucha contra la Depresión. (Anexo 3 tríptico)

Añadiremos una nota de prensa que será publicada en los periódicos Diario de Navarra y Diario de Noticias, en la que se informa del programa y de las fechas y lugares en las que se puede acudir a los talleres. (Anexo 5)

Además coincidiendo con el Día Mundial de la Lucha contra la Depresión, utilizar las redes sociales del Gobierno de Navarra (Twitter *@Navarra* y Facebook *Atención Ciudadana-Gobierno de Navarra*) para la divulgación, tanto del programa de salud como de la campaña de sensibilización de la sociedad sobre las enfermedades mentales “Yo también estoy contra el estigma”³¹ con el hashtag *#contraelestigma*, creado por el Proyecto Chamberlin para la visualización de los estigmas sociales de los enfermos mentales.

A través del hashtag *#contraelestigma*, *@Chamberlin09* en Twitter, y la página de Facebook “yo también estoy contra el estigma”, lograron un número muy elevado de visualizaciones del vídeo “Yo también estoy contra el estigma”, rodado en el Teatro Bellas Artes de Madrid en el que intervienen una treintena de personas informando sobre la enfermedad mental y estigma, la necesidad de la participación activa de la sociedad en los procesos de sensibilización y la importancia de la educación.

Ha llegado a tener un impacto en las redes sociales con números muy altos (alcance medio en facebook 2700 personas/semana)

Enlace del vídeo: <https://youtu.be/zDNuID5S14>

7.- Realización, durante el primer cuatrimestre del año 2018, en 13 semanas, de un recorrido de 3 talleres psicoeducativos para familiares y personas incluidas dentro del Programa de Atención en el Trastorno Mental Grave, sobre todo diagnosticadas de trastornos psicóticos.

Se realizan durante 13 semanas al ser impartidas en los 11 centros de salud mental de Navarra más los centros de atención primaria del valle del Salazar y Santesteban

³¹ Esta campaña está desarrollada por el *Centro de Rehabilitación Laboral Nueva Vida de la Asociación Psiquiatría y vida* y englobada en el *Proyecto Chamberlain*, para la visualización del estigma y las visicitudes que viven los enfermos de esquizofrenia. Fue utilizada por el Gobierno de Madrid durante el año 2013 como actividades para la concienciación de la sociedad.

El cronograma sería el siguiente:

Octubre- Noviembre 2017	Presentación Programa	Solicitud subvenciones, acreditación, implicación profesionales	Presentación de calendario a los CSM y CS implicados
Diciembre 2017	Información a sociedad en CSM yCS		
Enero 2018	Inicio de las actividades siguiendo el calendario pactado		

Los talleres serán :

- de 2 horas de duración y se realizarán en horario de tarde ya que los CSM permanecen cerrados a consultas a partir de las 15h . Las sesiones se desarrollarán de 17h a 19h.
- Se desarrollarán en los CSM de Navarra, así como en el Centro de Salud del valle de Salazar y en el de Santesteban. La razón de utilizar dos centros de atención primaria es la de facilitar el acceso a los talleres a las personas que tendrían que desplazarse a Pamplona.

- Los CSM y CS que entran dentro del programa son:
 - Ansoáin.
 - Buztintxuri
 - Burlada
 - Casco Viejo
 - Ermitagaña
 - Milagrosa
 - San Juan
 - Sarriguren
 - Estella
 - Tafalla
 - Tudela
 - CS. Valle del Salazar
 - CS. Santesteban

Lo interesante de esta iniciativa es que las personas que quieran participar en los talleres, acudan al mayor número posible de ellos, para así crear ambiente de grupo y también poder evaluar la programación.

3.4.- ACTIVIDADES

Mediante el desarrollo del Programa de Salud “CERCA DE TI” queremos poner en las manos de los pacientes y su entorno la mayor información posible respecto a las enfermedades que componen el programa de Osasunbidea Trastorno Mental Grave y específicamente las que se desarrollan o cursan con episodios psicóticos, además de las vías existentes para su tratamiento, en un ambiente en el que la familia o cuidadores principales también participen.

Para ello queremos utilizar los centros de salud mental de Navarra, al ser los centros de referencia de los pacientes de estas características, y los centros de atención primaria del valle de Salazar y de Santesteban.

Con la utilización de estos ambos centros de atención primaria intentamos salvar el escollo que representa la distancia desde estas dos localizaciones hasta Pamplona.

El programa consiste en la realización de tres talleres psicoeducativos en cada uno de los centros de atención antes comentados.

Los 3 talleres psicoeducativos tendrán una duración de 2 h cada uno.

Abordarán el tema de los trastorno psicótico, proporcionando a pacientes y su familia información sobre la enfermedad y tratamiento³² y abrir un pequeño espacio de expresión de emociones³³.

La evidencia científica es abundante en referencia a las mejoras que viven los pacientes, entendidas como menor frecuencia de recaídas y mejor adhesión tanto al tratamiento farmacológico y rehabilitador, realizando sesiones informativas y de terapia con sus familiares, no exclusivamente individuales.

Los talleres se desarrollarán durante el primer cuatrimestre del año 2018, coincidiendo el inicio con la semana del Día Mundial de la Lucha contra la Depresión (13 enero).

Serán impartidos por un equipo heterogéneo de personal especialista en atención psiquiátrica de Osasunbidea:

- Especialista en medicina psiquiátrica
- Enfermería especializada en psiquiatría
- Especialista en psicología clínica
- Trabajador/a social.

Con un equipo especializado en psiquiatría se consigue abarcar ámbitos en los que se centra la atención en salud mental, no solamente médica o psicológica, sino también social.

DESARROLLO DE LOS TALLERES

TALLER 1 : *Qué son los trastornos psicóticos. Síntomas más frecuentes. Terapia farmacológica. Efectos secundarios de la medicación. Qué sintieron al ser diagnosticados enfermedad mental. Qué efectos secundarios padecen. Cómo se siente el entorno más cercano.*

La esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar son patologías con tendencia a desarrollar patología psicótica. Es por ello que muchos pacientes son tratados con fármacos antipsicóticos.

Son medicamentos que actúan sobre los receptores dopaminérgicos del cerebro y sobre los serotoninérgicos.

Éstos medicamentos se dividen en dos grupos respondiendo a sus características farmacológicas:

³² Programa Psicoeducativo Prelapse – Kissling 1994

³³ Vallina Fernández Ó, Lemos Gírales S, Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. Psicothema 2000;12:671-681
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712424>.

- Antipsicóticos típicos o convencionales
- Antipsicóticos atípicos.

Bloquean los receptores e impiden que la dopamina ejerza una acción muy prologada en el cerebro. Así se minimizan los síntomas positivos, relacionados con los estados maníacos.

A los antipsicóticos convencionales solían asociarse antidepresivos para mitigar los efectos de los síntomas depresivos de la esquizofrenia, asunto que vinieron a solucionar los atípicos³⁴.

Dentro de los convencionales encontramos:

- Clorpromazina.
- Clotiapina
- Haloperidol
- Periciazina
- Pimozida
- Sulpirida
- Trifluoperazina

Los efectos secundarios más severos son los llamados síntomas extrapiramidales.

Dentro de ellos distinguimos entre los agudos y los tardíos.

Los agudos:

- Distonía: rigidez muscular producida por una contractura continua generalmente en la zona del cuello, la boca, los ojos o la lengua.
- Acatisia: sensación de inquietud en las extremidades inferiores, movimiento continuo.
- Parkinsonismo: como en la enfermedad de Parkinson el paciente sufre rigidez bradicinesia y temblor en las extremidades.

Los tardíos:

³⁴ Hans- Jürgen Moller. Los efectos antipsicóticos y antidepresivos de los antipsicóticos de segunda generación ¿Dos mecanismos farmacológicos diferentes? RET, Revista de Toxicomanías Núm. 44- 2005 www.cat-barcelona.com

- Discinesia: movimientos tipo corea de las extremidades distales y región inferior de la cara. Son movimientos involuntarios. Suelen aparecer tras años de tratamiento.
- Distonía tardía: los movimientos aparecen tras varios meses de tratamiento o años.

A estos efectos secundarios hay que sumar otros no menos importantes y que dificultan un buen control de la dosis y de la salud integral del paciente:

- Sedación.
- Visión borrosa por sequedad de ojos.
- Estreñimiento
- Taquicardia
- Cambios en el ECG
- Enlentecimiento de la cognición.
- Alteraciones del aprendizaje y de la memoria.

Estos efectos secundarios se solventaron en cierta manera con la aparición de los antipsicóticos atípicos (Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona, Aripiprazol).

Antes de su aparición, se administraba de manera profiláctica fármacos anticolinérgicos para la discinesia y betabloqueantes para la acatisia, con lo que aumentaba la posibilidad de abrir el abanico respecto a los efectos secundarios.

El mejor de ellos respecto al SEP es la Clozapina, sin embargo es un fármaco que produce agranulocitosis y cambios severos en el ECG, con lo que su uso está restringido a casos refractarios.³⁵

Además es necesario señalar que estos fármacos provocan más efectos adversos que influyen de manera importante en la adhesión del paciente al tratamiento, como son:

- Aumento de peso.
- Diabetes.
- Impotencia.
- Aumento de la secreción de prolactina, lo que se traduce en ginecomastia.

³⁵ Pierre JM, Extrapyramidal Symptoms with Atypical Antipsychotics. 28(3): 191-208,2005 Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Así que los pacientes diagnosticados de trastorno psicótico, no solo tiene que bregar con su enfermedad y cambios en su entorno, sino también con efectos secundarios de la medicación que acentúan su patología.

TALLER 2: *Signos de alarma y urgencias. Cómo actuar y adónde acudir en estos casos. Situaciones de riesgo como consumo de alcohol y drogas.*

A modo esquemático, ya que los profesionales de psiquiatría desarrollarán el tema , los signos de alarma que se presentan con mayor frecuencia están relacionados con el plano de la percepción como alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado, aplanamiento afectivo, comportamiento desorganizado.

El consumo de drogas como la cocaína es un factor decisivo en el desarrollo de una crisis psicótica, aún sin haber estado diagnosticado, y alcohol empeora las relaciones familiares, además de provocar empeoramiento de los síntomas negativos, sobretodo el alcohol.

El tabaco no empeoraría los síntomas negativos ni positivos pero sí aumenta la comorbilidad relacionada con enfermedades respiratorias.³⁶

TALLER 3: *Hábitos saludables, autocuidado, alimentación adecuada.*³⁷

Con la adquisición de hábitos saludables y llevando una alimentación equilibrada , aumentan las mejoras en la salud física, que a su vez redundan en cierta manera en la salud mental, aumentando la autoestima.

³⁶ Arias Horcajadas F, Sánchez Romero S, Padín Calo JJ Influencia del consumo de drogas en las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia. Actas Españolas de Psiquiatría 2002; 30(2): 65-73

³⁷ Aragón Moyano Francisco. Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería. Ene,8(1)<https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X20140001000011>.

Es importante la programación de rutinas de actividades de la vida diaria y de ocio. No llevar una planificación provoca estrés que puede derivar en una recaída.

Con la realización de este taller orientamos a los asistentes hacia las posibilidades existentes en Osasunbidea para la realización de actividades de ocio y reinserción laboral, como las que se realizan en ANASAPS.

Tras cada taller se realizará el reparto de la evaluación de la sesión. (Anexo 4)

El número de participantes ideal es de 8 a 15, entre pacientes y familiares, pero al ser sesiones abiertas a todo aquel que quiera asistir, se corre el riesgo de que no todo el mundo pueda participar. Es por ello que las sesiones tienen una duración de máximo 2 h para dar tiempo a todo el mundo.

En la actualidad existen diversas guías prácticas sobre el abordaje de patologías como la esquizofrenia (Guía APA, ACP o las guías PORT).

Estas recomendaciones se deben adaptar a la realidad de la población³⁸.

La efectividad de Estos tratamientos psicológicos ha sido evaluada en numerosos estudios midiendo aspectos como la estabilización clínica, mejoría de los síntomas, mejora del funcionamiento social, mejora de la calidad de vida y satisfacción de los propios usuarios y familiares.

El esquema general para las sesiones sería el siguiente³⁹:

1.- Presentación del equipo que llevará la sesión.

Realización de preguntas abiertas por parte de alguno de los miembros del equipo terapéutico que realizan los talleres: “¿Cómo se encuentran hoy?” para un comienzo distendido dando la oportunidad de expresarse a todos los asistentes de manera breve. 15 min.

2.- Recapitulación de los puntos principales de los talleres anteriores. 15 min.

3.- Mención breve del tema del taller que se realizará en esta sesión preguntando a los participantes sus experiencias en el tema. 15 min.

4.- Exposición del tema con material preparado por el equipo de profesionales relacionándolo con los conocimientos y experiencias previas que han presentado los asistentes. 45 min.

³⁸ Cristina Gisbert Aguilra “Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Asociación española de Neuropsiquiatría. Estudios/28 Año 2003

³⁹ Programa Psicoeducativo Prelapse – Kissling 1994

5.- Ronda final en la que se da tiempo a los participantes a manifestar cómo se siente y solucionar dudas al respecto. 20 min.

6.- Reparto de las encuestas de evaluación de cada sesión y recogida de las mismas. 10 min.

4.- RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

4.1.- RECURSOS MATERIALES:

Utilización de las salas de terapia de los centros de salud mental y de reuniones de los centros de atención primaria, a partir de las 17h para no interferir en los horarios de trabajo. De 17h a 19h.

Como necesitamos que los centros de atención permanezcan abiertos, pedimos subvención al Gobierno de Navarra para solventar los gastos de luz, agua y materiales que se produzcan. Contando con la existencia de sillas, mesas, pizarras con rotuladores en los centros, el material extra necesario son:

- bolígrafos
- folios DIN A 4
- trípticos para la información y divulgación en los centros de salud y de salud mental de la comunidad.

4.2.- RECURSOS HUMANOS:

La contratación para el programa de:

- un especialista en medicina psiquiátrica
- un especialista en enfermería psiquiátrica
- un especialista en Psicología clínico

- un/a trabajador/a social
- un profesional de cada centro de salud que estará presente durante las sesiones como referencia del espacio físico en el que se realizan los talleres.

4.3.- PRESUPUESTO:

Contando con las dotaciones presentes en los centros de atención primaria y especializada como son:

- Mesas
- Sillas
- Pizarras
- Rotuladores

Contando además con que los formadores no serán remunerados económicamente , sino mediante puntos de formación continuada , los gastos extras que el desarrollo del programa ocasiona, se desglosan de la siguiente manera:

Máster Salud Pública
Olalla Viader Pérez

10 paquetes folios DIN A 4 de 400 folios (4E/paquete)	40 e
100 bolígrafo (1,5e/bolígrafo)	150 e
Gasolina para el transporte de los formadores	200 e
680 trípticos 57 de los Centros de Salud 11 Centros de Salud Mental Multiplicados por 10 para que haya suficiente cantidad 1e/tríptico	680 e
TOTAL	1070 e

5.- EVALUACIÓN

Tras cada sesión se realiza la entrega de una encuesta de valoración del taller realizado.

Gracias a la recogida de las encuestas se puede valorar el número de participantes en los talleres en cada centros de atención y estudiar cómo ha sido la acogida del programa.

La idea es que esta dinámica se siga ofertando ,aportando información sobre otras patologías que configuran la atención en salud mental en Navarra, y así aumentar la visualización de un problema frecuente.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Plan Estratégico 2014-2016. CiberSam. Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. EB/130/9 1diciembre 2011
- 3.- Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo 2011, FEADES
- 4.- 65ª. Asamblea Mundial de la Salud WHA 65.4 25 mayo 2012 apps.who.int
- 5.- Plan Estratégico de salud Mental de Navarra 2012-2016 Dirección de Salud Mental, Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea Julio 2012 pág.8
- 6.- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum
- 7.- Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)
- 8.- Moreno, J.O., López Bastida, J., Montejo-González, A.L., Osuna-Guerrero, R., Duque-González, B. (2009) The socioeconomic costs of mental illness in Spain. European Journal of Health Economics, 10 (4), 361-369
- 9.- Programa de Atención a personas con TMG de Navarra
- 10.- Memoria de Salud Mental Navarra 2015
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad
¹<http://static1.squarespace.com/static/5513f043e4b067ffec42016f/t/55390c40e4b0033a4f50b982/1429802048648/15D.Navarra+Art%C3%ADculo+Alfredo+Mtnez++++++13junio+04.jpg>
- 11.- <http://www.wildtruth.net/dvdsb/es>
- 12.- O Alanen M.D “ Psychotherapeutically Oriented Treatment of Schizophrenia: Result of 5-years-follow-up April 1985 DOI: 10.1111/j.1600-0444.1985.tb08522.x
- 13.- Jakko Seikkula” Five –years experience of first-episode nonaffective psychosis in open – dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two cases 22 Feb 2007. [http:// dx.doi.org/10.1080/10503300500268490](http://dx.doi.org/10.1080/10503300500268490)
- 14.- Muela, José A., Godoy, Juan F., Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia Psicothema [en línea] 2001, 13 (Sin mes) : Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713101> ISSN 0214-9915
- 15.- Plan de Salud de Navarra 2014-2020 . Departamento de Salud

- 16.- “La gestión de casos de enfermería, una gran desconocida”
www.consejogeneralenfermeria.org
- 17.- Ana Agulló Porras, Rocío Alfaro Ramos “Trabajo Social Sanitario y gestión de casos
Documentos de Trabajo Social nº51 ISSN 1133-6552
- 18.- GPC Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Versión resumida.
Definición de TMG www.guiasalud.es/egpc/tmg
- 19.- Mingote Adán José Carlos, Pino Cuadrado Pablo del, Huidobro Álvaro, Gutiérrez García Dolores, Miguel Peciña Isabel de, Gálvez Herrer Macarena. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Med. segur. trab. [Internet]. 2007 Sep 53(208); 29-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005&lng=es.
- 20.- Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. 4ªEd. Stephen M. Stahl pag 79
- 21.- Gutiérrez López, M Isabela Sánchez Muñoz, María, Trujillo Borrego, Alejandra, Sánchez Bonome, Luis (2012) Terapia cognitivo- conductual en las psicosis agudas. Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría, 32 (114), 225-245 <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200002>
- 22.- Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. José gutiereez- Maldonado, Alejandra Caqueo Urizar, Marta Ferrer-García y Paula Fernández- Dávila. Psicothema 2012 Vol.24,nº2,pp.255-262 www.psicothema.com
- 23.- Tabla AVAD asociados a enfermedades neuropsiquiátricas, OMS 2008 Plan Estratégico 2014-2016. CiberSam. Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental pag 15.
- 24.- Programa Psicoeducativo Prelapse – Kissling 1994
- 25.- Vallina Fernández Ó, Lemos Gírales S, Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. Psicothema 200012671-681 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712424>
- 26.- Hans- Jurgen Moller. Los efectos antipsicóticos y antidepresivos de los antipsicóticos de segunda generación ¿Dos mecanismos farmacológicos diferentes? RET, Revista de Toxicomanías Núm. 44- 2005 www.cat-barcelona.com
- 27.- Aragón Moyano Francisco. Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería. Ene,8(1)<https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X20140001000011>.
- 28.- Cristina Gisbert Aguilra “Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Asociación española de Neuropsiquiatría . Estudios/28 Año 2003

7.- ANEXOS

ANEXO 1.- *Solicitud de acreditación de los cursos como actividad de formación continuada sanitaria, para la obtención por parte de los formadores de puntos de formación, válidos en las convocatorias de oposiciones .*

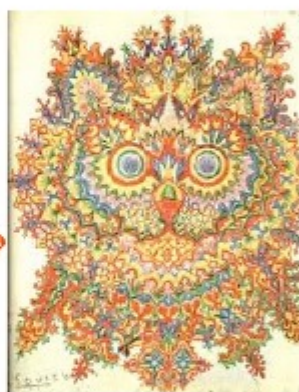
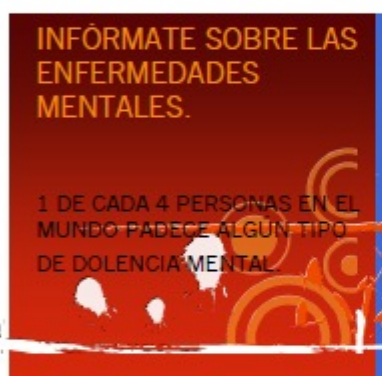
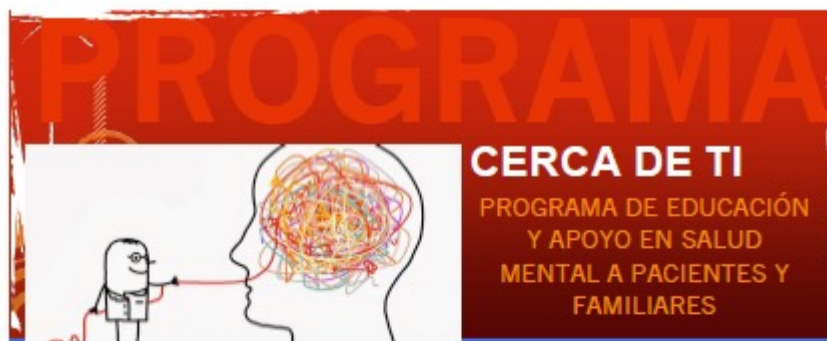
Solicitud a través de la página web www.navarra.es a la Comisión de Formación Continuada Sanitaria de Navarra , del formulario de solicitud presencial y entrega del mismo en el Pabellón de Docencia, Recinto del Complejo Hospitalario de Navarra c/Irunlarrea ,3 a nombre de la Comisión de Formación.

ANEXO 2.- Calendario de sesiones para los CSM y CS Valle del Salazar y Santesteban

CSM Ansoáin	Semana 15-19 enero	L 15	Mx 17	V 19
CSM Buztintxuri	Semana 22-26 enero	L 22	Mx 24	V 26
CSM Burlada	Semana 29-02 febrero	L 29	Mx 31	V 02
CSM Casco Viejo	Semana 05-09 febrero	L 05	Mx 07	V 09
CSM Ermitagaña	Semana 12-16 febrero	L 12	Mx 14	V 16
CSM Milagrosa	Semana 19-23 febrero	L 19	Mx 21	V 23
CSM San Juan	Semana 26 febrero-02 marzo	L 26	Mx 28	V 02
CSM Sarriguren	Semana 05-09 marzo	L 05	Mx 07	V 09
CSM Estella	Semana 12-16 marzo	L 12	Mx 14	V 16
CSM Tafalla	Semana 19-23 marzo	M 20	Mx 21	V 23
CSM Tudela	Semana 09-13 abril	L 09	Mx 11	V 13
CS Valle de Salazar	Semana 16-20 abril	L 16	Mx 18	V 20
CS Santesteban	Semana 23-27 abril	L 23	Mx 25	V 27

El programa se extiende hasta finales de abril al coincidir Semana Santa y Pascua la última semana de marzo y primera de abril respectivamente.

ANEXO 3.- Tríptico informativo.



PROGRAMA “CERCA DE TI”

Talleres educativos enfocados a pacientes, familiares y entorno de afectados por enfermedades mentales graves.



CELEBRACIÓN DE LOS TALLERES

LOS TALLERES SE DESARROLLARÁN EN :

- CENTROS DE SALUD MENTAL DE NAVARRA
- CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL VALLE DE SALAZAR
- CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE DONEZTEBE/SANTESTEBAN.

DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2018

¿SOY LA ÚNICA PERSONA EN SENTIRME ASÍ?
¿QUÉ SIGNIFICÓ EL DIAGNÓSTICO PARA MI Y MI FAMILIA?
¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES?

VEN Y PARTICIPA

COLABORAN:



Nafarroako Gobernua



Gobierno de Navarra



upna
Universidad
Pública de Navarra
Unibertsitatea
Unibertsitate Publikoa

ANEXO 4.- Evaluación de las sesiones:

CSM o CS en el que se realiza la sesión		Sesión núm 1 2 3		
Fecha de realización				
Las preguntas se puntúan de 1 a 5, siendo 1 la peor puntuación y 5 la mejor.				
1 MALO	2 INDIFERENTE	3 BUENO	4 BUENO	MUY 5 EXCELENTE
1.- La organización ha sido				
2.- El tema de la sesión ha sido				
3.- La utilidad de la sesión ha sido				
4.- La duración de la sesión ha sido				
5.- El horario ha sido				
6.- Las explicaciones han sido				
7.- El contenido ha sido completo				
8.- La divulgación de la sesión ha sido				
<p>¿Qué aspectos mejorarías de los talleres?</p> <p>¿El contenido me sirve para mi día a día?</p> <p>¿Se ha fomentado la participación en la sesión?</p>				

ANEXO 5.- Nota de prensa:

Envío de nota de prensa a los periódicos más leídos en la Comunidad Foral (Diario de Navarra y Diario de Noticias) para su publicación el día 18 de diciembre, un mes antes del inicio del programa.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Navarra , con la colaboración de la Universidad Pública de Navarra, inicia el día 17 de enero el programa de salud “Educación y apoyo en salud mental a pacientes y familiares. Programa Cerca de Ti”.

Este programa va dirigido a los pacientes, cuidadores principales y entorno social de las personas diagnosticadas de enfermedades englobadas dentro de los trastornos mentales graves, que cursan con episodios psicóticos.

El objetivo principal del programa es la creación de espacios de comunicación en los que, tanto pacientes como familiares, puedan resolver sus dudas y hablar de sus experiencias con profesionales de psiquiatría y otras personas con sus mismas preocupaciones.

Para ello, se propone la realización de talleres de comunicación en los que se exponen los temas que más dudas suscitan una vez son diagnosticados de dichas enfermedades y se intercambian vivencias.

Los talleres se llevarán a cabo a lo largo del primer cuatrimestre del año 2018 en los Centros de Salud Mental de la Comunidad Foral y los Centros de Salud del valle de Salazar y Santesteban.

8.- RESUMEN

EDUCACIÓN APOYO EN SALUD MENTAL A PACIENTES Y FAMILIARES PROGRAMA “CERCA DE TI”

En la primera jornada de la **Asociación Navarra de Enfermería de Salud Mental** participaron tanto profesionales de la salud, como pacientes y familiares.

En dicha jornada quedó patente el alto grado de **inseguridad** que sufren pacientes y familiares, debido a las numerosas barreras a las que se enfrentan tras su diagnóstico, extremo que desemboca frecuentemente en la **exclusión**.

A esta realidad se le suma que en la actualidad ha **aumentado el número de pacientes** y ha **disminuido la edad** en que ciertas patologías se manifiestan, presumiblemente, como consecuencia del consumo abusivo de sustancias estimulantes, entorpeciendo el desarrollo de una vida adulta con salud plena.

El Programa de Salud girará en torno a este sector de la sociedad, fijando como núcleo físico de acción a los **Centros navarros de Salud Mental**.

Dicho programa consiste en la implementación y el desarrollo de **grupos de educación y apoyo para familiares y pacientes**, con los siguientes objetivos:

- Ampliar el conocimiento de la enfermedad por parte de familiares y pacientes
- Identificación y manejo de situaciones de crisis
- Trabajo en la integración en la vida laboral y social de los pacientes
- Facilitar las relaciones de ayuda
- Realizar actividades de ocio con sus familiares
- Realizar un seguimiento exhaustivo con el fin de minimizar el impacto de la enfermedad mental en la estructura familiar

Mediante el desarrollo de este programa se pretenderá evitar en definitiva, por un lado la **exclusión** a la que se ven sometidos pacientes y familiares tras la diagnosis, y por otro, **disminuir los ingresos hospitalarios**, que sufren con frecuencia estos pacientes.